

“To play or not to play”:

o fenômeno do 'tocar sensorial' e as intervenções musicoterapêuticas²¹

Jos De Backer²²

Resumo

Pacientes psicóticos, por conta de sua patologia, não dispõem de um espaço psíquico para chegar à simbolização, o que significa, em termos músico-terapêuticos, que eles não são capazes de criar uma forma musical na qual eles poderiam existir como sujeitos. Portanto, a transição musical e terapêutica do 'tocar' ou da 'execução sensorial' (não tocar) à forma musical (improvisação) é uma condição básica para o tratamento de qualquer psicótico. São examinadas, aqui, as intervenções musicais e musicoterapêuticas específicas em improvisação clínica.

Palavras-chave: Psicose; Improvisação clínica; Intervenções musicoterapêuticas.

Abstract

Psychotic patients, from their pathology onward, do not dispose of a psychic space to reach symbolisation, which means, in music-therapeutic terms, that they are not able to create a musical form in which they could exist as a subject. Therefore, the musical and therapeutical transition from sensorial play (not playing) to musical form (improvising) is a basic condition for the treatment of the psychotic whatever. The specific musical and music therapeutic interventions in clinical improvisation are examined.

Keywords: Psychosis, clinical improvisation, music therapeutic interventions.

Neste artigo eu gostaria de apresentar alguns aspectos específicos da improvisação que são considerados centrais em nossos cursos de Bacharelado e Mestrado em Musicoterapia em LUCA, Escola de Artes, campus Lemmens, em associação com a Universidade de Leuven, na Bélgica.

²¹ Do original: **"To play or not to play! The phenomenon of sensorial play and music therapeutic interventions"**. Tradução: Lia Rejane Mendes Barcellos.

²² Professor e coordenador do Mestrado em Musicoterapia na *University College of Arts Leuven (LUCA)*, Campus Lemmens, Leuven. Pesquisador Sênior do KULEuven. Chefe do Departamento de Musicoterapia do Centro de Psiquiatria da Universidade de KULEuven, campus Kortenberg onde trabalha como musicoterapeuta com pacientes psicóticos jovens e pacientes com transtornos de personalidade. Especializado em improvisação clínica. Profere palestras e workshops. Ex-Presidente da Confederação Europeia de Musicoterapia (EMTC). Livros publicados. josdebacker1@telenet.be

O curso oferecido em Leuven tem a duração de cinco anos em tempo integral e a improvisação clínica é um dos métodos centrais desse curso. Os estudantes têm que tocar e improvisar em cinco instrumentos: piano, violão, voz, um melódico e um de percussão.

A nossa fundamentação é na teoria psicodinâmica e esta é a fundamentação de 85% de todos os cursos de mestrado reconhecidos na Europa.

Música e musicoterapia

Na musicoterapia nós encontramos uma espécie de poesia, e um processo musical que descrevemos como uma *troca que dá-forma* entre paciente e terapeuta. Percebemos que isto é verdadeiro mesmo quando o paciente não é capaz de participar na improvisação: neste caso, é a percepção da ressonância afetiva do paciente, pelo terapeuta, que dá o ponto de partida para a improvisação musical. Esta ressonância é percebida de forma pessoal e musical pelo terapeuta. São as verdadeiras qualidades que a música tem que possibilitam o potencial para que esta ressonância direta e afetiva possa ser sonorizada na sala de terapia, via sons musicais e silêncios.

Como a fala (linguagem), a música é um sistema simbólico específico dos seres humanos, mas ambas enfatizam e contêm mais do que uma linguagem compartilhada de um sistema de significados. A música não pode 'significar', da forma que a linguagem 'significa'; a música vai além da forma de significado conceitual que pode ser capturado em palavras, e que pode fundamentar as palavras. A música tem uma qualidade única que possibilita um acesso direto a uma dimensão corporal e afetiva da psique humana e é esta dimensão íntima da música que desempenha um papel central no processo fundamental de simbolização. A música tem algo que é único para oferecer: a sua capacidade de desenvolver um espaço entre o musicoterapeuta e o paciente, no qual é possível que um entre em ressonância com o outro. A música pode também falar ao mundo interno e à personalidade de pacientes muito comprometidos, transmitindo uma qualidade única de si mesma, não somente no espaço entre terapeuta e paciente, mas, também, num espaço no paciente e no terapeuta.

A musicoterapia é particularmente eficaz nos tipos de patologias nas quais o paciente não tem as motivações ou os recursos que são necessários para a maioria das formas de psicoterapia, por exemplo, os fortes mecanismos de defesa, afasia, demência, estados regressivos ou distúrbios psíquicos. Em musicoterapia nós temos em mente e damos forma a problemas psíquicos em um nível simbólico-musical via um processo de improvisação musical, realizado dentro da relação terapêutica na música e, alternado com uma reflexão

verbal. A arte da música oferece a possibilidade de se entrar em ressonância com o nível psíquico, que se encontra principalmente numa forma bruta, ou quase não cultivada, mas que é necessária para o desenvolvimento da terapia. Assim, nós definimos musicoterapia como uma forma de psicoterapia pré-verbal, realizada via um terapeuta e um paciente na improvisação musical. Ou seja, uma relação terapêutica entre um ou mais pacientes e um ou mais terapeutas, com o objetivo de reduzir ou resolver dificuldades psíquicas, conflitos ou distúrbios que sejam diretamente conectados com a psicopatologia (DE BACKER & SUTTON, 2014).

A improvisação musical e o brincar

A improvisação musical é a pedra fundamental do nosso trabalho e da nossa profissão.

O conhecido psicoterapeuta Winnicott escreveu muito sobre o poder do 'brincar' num contexto terapêutico. A partir de algumas citações pode-se perceber quão importante o brincar é na vida normal, mas, ainda mais, num contexto terapêutico.

"É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar a totalidade da sua personalidade, e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o *self*²³" (WINNICOTT, 1971, p. 54).

"A psicoterapia acontece na superposição de duas áreas do brincar: a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia tem a ver com duas pessoas brincando juntas. O resultado disto é que onde o brincar não é possível, o trabalho feito pelo terapeuta é dirigido de forma a levar o paciente de um estado de não ser capaz de brincar a um estado de ser capaz de brincar" (WINNICOTT, 1971, p. 51).

Mas, o que nós podemos oferecer aos pacientes quando eles não são capazes de brincar? Isto pode ocorrer por várias razões como, por exemplo, por uma resistência em explorar o seu *self* interior, como se vê frequentemente nos pacientes adolescentes, neuróticos e com problemas psicossomáticos. Ou, ainda, nas psicoses onde existe uma ausência de simbolização na qual não há intersubjetividade, não há espaço musical, não há espaço psíquico no que concerne ao som musical.

Música e psicose

Pacientes com psicoses, desordens de personalidade ou autismo da própria patologia²⁴ em curso, tendem a não ter um espaço psíquico para simbolização através do qual eles

²³ Pode ser traduzido como o "si mesmo". No corpo do texto será mantido *self*. (N. da T.)

possam se apropriar do objeto musical. Eles frequentemente mostram nas improvisações musicais uma forma específica de tocar (executar) que denomino “tocar sensorial”²⁵, na qual eles produzem sons, mas não tocam em relação ao seu *self* interior, para o terapeuta, ou para outros.

No indivíduo com uma patologia mental, a capacidade de ter uma experiência pode estar seriamente comprometida e mesmo destruída. Assim, é extremamente importante que o musicoterapeuta possa descobrir como pode acontecer a transição da impressão sensorial para a forma musical.

Queremos aqui focar na patologia da psicose em relação à música, ou seja, um paciente psicótico vive num mundo de presença. Ele é a presa indefesa de pensamentos e impressões sensoriais que podem lhe assombrar continuamente. As fronteiras entre o mundo interno e externo são tão instáveis e transparentes que frequentemente parece que a psique se encontra mais fora do que dentro. O mundo e os movimentos internos (de impulsos) não são representados num espaço interior mas, sim, caracterizados por uma presença imediata e brutal. Por causa disto, eles já não podem cumprir a sua atividade de representação, e mesmo palavras são tratadas como coisas sem sentido, como objetos sonoros puros.

Quando se trabalha com pacientes psicóticos em musicoterapia, algumas vezes se encontra padrões musicais característicos, repetitivos e consistentemente similares. Pacientes psicóticos tendem a expressar suas experiências e conflitos nas improvisações musicais, através de um tocar 'fragmentado', ou constantemente repetindo ritmos ou pequenas sequências melódicas. A partir da supervisão clínica e de uma visão geral da relevante literatura psicanalítica e psicoterapêutica, especialmente de autores como Bion (1967), De Backer, J. e Van Camp, J. (1996), Dührsen (1999), Ogden (1997), Tustin (1990), e Van Bouwel (2003), torna-se claro que este estilo de tocar (com ritmos repetitivos e fragmentos melódicos) pode ser entendido como uma expressão de um 'tocar sensorial'²⁶ do psicótico (DE BACKER, 2013). Eles não podem vivenciar esta música como vinda deles mesmos; há somente sons que soam, nos quais eles não estão implicados. Eles não são "in-spired"²⁷ pela música, o que significa que a música tocada não é realmente uma "experiência" para eles. Nós aprendemos que pacientes psicóticos não tendem a ter um espaço psíquico de

²⁴ Aqui o autor se refere ao autismo da esquizofrenia, considerado por E. Bleuler como um dos sintomas primários dessa patologia. (N. da T.).

²⁵ Ou "execução sensorial" (N. da T.). A partir daqui "sensorial play" será traduzido como "tocar sensorial" ou como "execução sensorial".

²⁶ Ou uma "execução sensorial" (N. da T.)

²⁷ Pode-se entender aqui que o autor quer significar que não é algo que venha "de dentro" (N. da T.).

simbolização através do qual eles possam se apropriar do objeto musical. Em termos 'musicoterapêuticos' significa que eles não são capazes de permitir ou de chegar a uma forma musical.

A capacidade de ter uma experiência pode ser seriamente comprometida e mesmo destruída em psicopatologia. Contudo, é extremamente importante que o musicoterapeuta possa descobrir como pode ser feita a transição da impressão sensorial para a forma musical. Assim, é essencial que se verifique em que extensão pode haver uma correspondência entre as mudanças empíricas no nível musical e a experiência subjetiva do paciente.

Um aspecto clínico do objeto sonoro na psicose

Marianne, uma jovem mulher psicótica, de 25 anos, escolheu um metalofone para tocar. Senta-se imóvel, curvada, sem expressão facial, cotovelos pressionados contra o corpo, somente movendo os antebraços alternadamente e de uma forma automática. Será que ela está consciente que toca um metalofone e que produz uma série de sons? A música é contínua e repetitiva, interminável, sem fraseado, sem nenhuma forma de dinâmica ou nuance, sem interação consigo mesma ou com o terapeuta. Eu vivencio esta música como grãos de areia que deslizam entre meus dedos. Como musicoterapeuta, não consegui entrar em contato com Marianne e o seu jogo musical. Ela não me permitiu entrar no seu jogo autoerótico ou no seu balanço musical. A partir de um estudo de pesquisa denominamos esta forma de tocar de “tocar sensorial” (DE BACKER, 2007).

O “tocar sensorial”

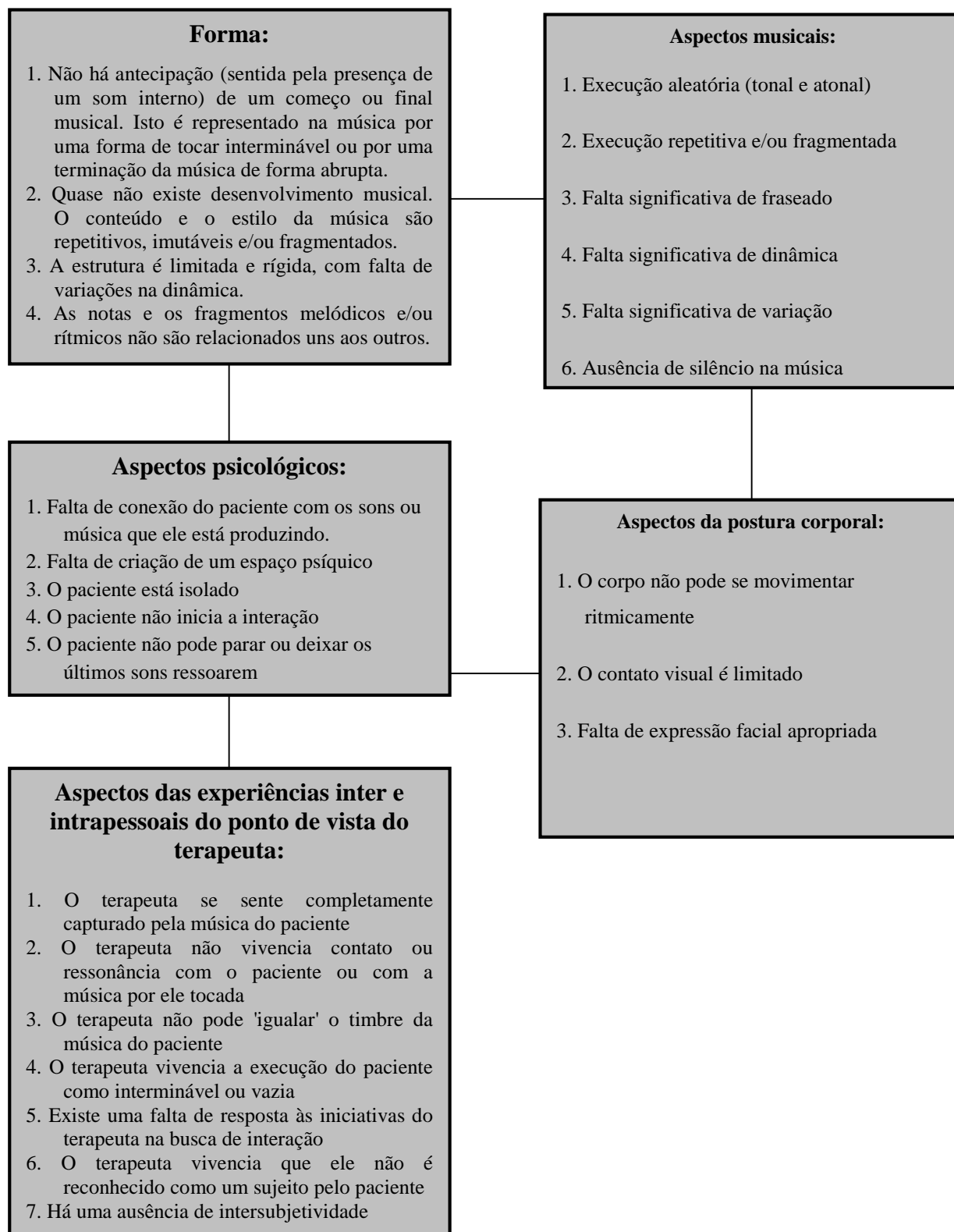
Tocar sensorial é um termo que descreve uma forma característica de tocar de um paciente que, quando produz sons, não é capaz de conectar ou experimentar estes sons como vindos dele mesmo. A música do paciente é caracterizada pela repetitividade e/ou fragmentação. A improvisação não pode realmente começar ou terminar, e não há um claro desenvolvimento melódico, rítmico ou harmônico, nem variação ou recapitulação. O paciente está perceptiva e emocionalmente desconectado da sua própria produção musical.

Assim, improvisar não é uma 'experiência' real para o paciente. Ele não é inspirado ou 'afetado' (impactado) pela música e permanece desconectado dos sons e da execução. Há uma ausência de execução compartilhada e de inter-subjetividade com o terapeuta no sentido que o paciente não se engaja na música em conjunto. Os sons permanecem fora do paciente e não têm nenhuma conexão com ele. Em termos da psicopatologia de pacientes psicóticos,

pode-se dizer que eles não podem criar um espaço psíquico que permita a simbolização, sendo impossível para eles se apropriarem do material musical.

“O musicoterapeuta vivencia o paciente como isolado, e se torna completamente capturado pela música do paciente (ou seja, pelo seu comportamento musical), e não se sente livre para introduzir suas próprias imagens musicais. Por causa disto, não há interação e é impossível se engajar em um timbre compartilhado, em uma ‘co-execução’” (DE BACKER 2013, p. 118-119).

Figura 1: Critérios de 'Execução Sensorial'



As intervenções musicoterapêuticas

Uma pesquisa realizada em 2008 (DE BACKER) revelou alguns exemplos significativos de intervenções que facilitavam, influenciavam ou apoiavam o processo de mudança de execução do paciente da 'execução sensorial' para uma 'forma musical'²⁸. Além dos fenômenos terapêuticos fundamentais tais como: transferência, contratransferência, holding²⁹, continente e identificação projetiva, as seguintes intervenções foram observadas:

- a. Tomar a posição da Linha-do-Baixo e a Posição da Linha-da-melodia
- b. Antecipar um som interno (silêncio)
- c. Pós-ressonância
- d. Audição empática em uma 'execução sensorial'
- e. Uma reação terapêutica
- f. Uma provocação do terapeuta
- g. 'Digerir' após a sessão
- h. A ausência do paciente (sonho)

*a. Tomar a posição da Linha-do-Baixo e a posição da Linha-da-melodia*³⁰

A posição do 'baixo' é a metáfora para a *postura* do terapeuta na relação terapêutica com o paciente, dentro da qual encontram-se os papéis de acompanhar e apoiar, e a base harmônica sobre a qual a melodia do paciente pode começar a se desenvolver e pode ser incorporada. Em um nível psicológico, a posição do 'baixo' pode também ser descrita como continente, apoio, e como o saber que ressoa. É um 'espaço terapêutico' que o terapeuta cria e dentro do qual o paciente pode se movimentar e, possivelmente, pela primeira vez 'entrar em ressonância' com a base harmônica que o terapeuta oferece. O terapeuta, que é visto como um sujeito do suposto-saber, não deseja preencher o desejo de seu paciente. A posição do 'baixo'

²⁸ Forma musical é um termo que descreve uma estrutura musical que é criada dentro de um processo de simbolização. A forma musical se desenvolve a partir de bases estabelecidas durante os momentos de sincronicidade. Temas melódicos e ritmos claros podem aparecer e ser mais explorados ou variados. Figuras musicais podem ser caracterizadas por pausas e fraseado. Características da improvisação musical tipicamente têm um começo e final claros, e o paciente e terapeuta devem estar preparados para isto. Este é sempre um fenômeno inter-subjetivo entre paciente(s) e terapeuta, que podem vivenciar ser iguais um ao outro e sentirem-se livres e autônomos para tocar, pensar, existir e desenvolver as suas próprias imagens e pensamentos. Existe um entrelaçamento de timbres dos dois executantes.

²⁹ *Holding environment* é um conceito do pediatra e psicanalista britânico Donald Winnicott que se refere a um espaço físico ou psíquico entre a mãe e o bebê que permite uma transição da criança para ser mais autônoma. Para o autor, o terapeuta também tem como tarefa dar um *holding* para o seu paciente (1960) (N da T.).

³⁰ Na polifonia dos séculos XV e XVI o "descanto" era um sinônimo para "voz aguda" (melodia). Para instrumentos de teclado o 'descanto' é o registro mais alto. (Passarão a ser traduzidas simplesmente como 'baixo' e 'melodia'). (N. da T.).

está, então, intimamente ligada à regra de abstinência em psicanálise e, por isso, o preenchimento da 'melodia' encontra-se totalmente aberto e é desconhecido para o paciente, bem como para o terapeuta. É o paciente que deve se mover da transferência para o espaço psíquico e deve ser capaz de dar forma às suas experiências e memórias traumáticas. O 'baixo' somente apoia e torna possível a improvisação livre na 'melodia'.

Na minha prática clínica, nota-se muitas vezes que os pacientes não podem tomar o lugar da posição da 'melodia' por causa da forma de 'execução sensorial'. A pressão e a falta de poder dos pacientes é tão dolorosa que o terapeuta não pode fazer nada além de assumir a 'melodia', (que pertenceria ao paciente). Este é um tipo de 'antídoto' contra a destrutividade da forma de 'execução sensorial', a fim de que o terapeuta possa existir.

Dentro deste quadro, o terapeuta pode dar uma forma musical a algo que o paciente ainda não foi capaz de aceitar. É só nos "momentos de sincronicidade"³¹ e do emergir da forma musical que os pacientes podem tomar a posição da 'melodia' e podem confiar a posição do 'baixo' ao terapeuta. Através de uma pesquisa (DE BACKER, 2008), ficou claro que eu, como terapeuta, toquei alternadamente ora o 'baixo', ora a 'melodia' durante a 'execução sensorial' do paciente. O objetivo desta alternância era manter o processo terapêutico em um certo nível dinâmico onde eu pudesse continuamente sentir o que o paciente podia ou não, tolerar e aceitar. O momento do terapeuta tomar a posição da 'melodia' é baseado na intuição. O terapeuta precisa ter suficiente percepção da sua contra-transferência para que este jogo-do-sonho na posição da 'melodia' não seja perturbador ou manipulador. O terapeuta tem que colocar a sua psique a serviço do paciente e suas necessidades, para ter suficiente discernimento de seus próprios desejos (isto é, sua contratransferência).

b. Antecipar um Som Interno

Pode-se descrever o som interno como a presença musical de um som inaudível, no silêncio que o musicoterapeuta vivencia e ouve, no momento em que ele está indo tocar com o seu paciente. No silêncio que antecede a improvisação, o executante antecipa o desconhecido que virá. Este '*silêncio preparatório*' permite a ressonância consigo mesmo e, num contexto terapêutico, com o outro, onde é necessário se criar um espaço interno do qual deriva cada improvisação.

³¹ Momentos de sincronicidade é um termo que descreve momentos no tempo nos quais há uma experiência interna compartilhada entre paciente e terapeuta, na qual eles se sentem livres e autônomos no seu tocar, durante uma improvisação musical. Esta experiência compartilhada aparece inesperadamente e não- intencionalmente, e é caracterizada fenomenologicamente por uma sintonia entre os parâmetros musicais do paciente e do terapeuta (DE BACKER, 2008, p. 95).

A antecipação de um som interno não é somente inaudível mas, este som é, também, completamente desconhecido e imprevisível. É o som pelo qual o executante se deixa surpreender enquanto ouve, e que guia a improvisação musical. Este som não é pensado, não pertence a ninguém, mas é ouvido pelo 'terceiro ouvido' (REIK, 1975) do musicoterapeuta quando ele está disponível, numa atitude receptiva em relação à presença de seu paciente. O executante se deixa guiar pelo poder que se origina deste som *aberto*. Depois do silêncio que precede a improvisação, as primeiras notas soam e se sabe, a partir deste momento, como a improvisação se desenvolverá. Na musicoterapia é da maior importância perceber como um paciente entra na improvisação, por exemplo: se ele é capaz, ou não, de permitir esta antecipação necessária do silêncio interno e se deixar ser guiado por algo que ele não conhece. Alternativamente, o paciente pode imediatamente preencher cada silêncio possível com som ou ruído.

c. Pós-ressonância

Uma intervenção que passou quase despercebida do terapeuta nos estudos de caso foi o ponto em que ele deixou suas notas finais ressoarem após a *execução sensorial* do paciente. Pós-ressoar é quando o terapeuta segura a execução por um momento e não quebra abruptamente o que os dois estão fazendo. A pós-ressonância tem um grande valor terapêutico porque deixando o último som da improvisação desaparecer, o que foi tocado pode ressoar internamente no silêncio e o inconsciente pode se tornar ativo. Esta pós-ressonância define o evento terapêutico e confirma que se 'está' na relação terapêutica. Permitir que a pós-ressonância e o silêncio apareçam é algo que acontece intuitivamente ao terapeuta, e não pode, em nenhuma circunstância, ser considerado como uma técnica conscientemente aplicada, porque, na sua raiz, é o conhecimento já incorporado pelo terapeuta. Com consciência deste fenômeno, o terapeuta pode se apropriar dessa atitude, e isto pode se tornar parte da improvisação terapêutica.

d. A escuta empática na 'execução sensorial'

Além da posição da 'escuta bifocal' (BION, 1975) da “gleichschwebende Aufmerksamkeit” ('a posição da escuta igual') (FREUD, 1916-17) e da escuta sem 'memória ou desejo' (BION, 1962), a *posição da escuta empática* foi especialmente marcante nessa pesquisa, e foi certamente um recurso quando o paciente ainda estava preso na *execução sensorial*. Pedersen (1999) escreveu sobre a escuta do terapeuta através de seu corpo com relação ao corpo do paciente. Essa posição de escuta física se torna visível principalmente nas

análises de vídeos, onde a atitude física do terapeuta é idêntica à do paciente. Pode-se afirmar que o terapeuta 'escuta' o corpo do paciente por meio de seu próprio corpo, no nível do afeto. Aqui, o terapeuta tenta entrar em ressonância por meio de seu corpo, com o afeto do paciente.

e. A reação terapêutica

Esta é uma reação do terapeuta para a impotência e falta de liberdade que o paciente projeta e que o terapeuta vivencia de uma forma fundamental na 'execução sensorial'. O terapeuta espera que as formas musicais que ele está tocando vão se juntar ao jogo sensorial do paciente, a fim de que um primeiro contato se origine e o paciente possa 'co-ressoar' por um momento, ou ir para um movimento interno. A reação terapêutica é a atitude firme do terapeuta, necessária para criar condições duradouras a fim de se chegar a uma imaginação interna. É estar alerta para a execução do paciente e intuitivamente buscar a emergência de fraseado, estrutura e pulso, deixando que silêncios e possíveis variações emerjam.

f. A provocação terapêutica do terapeuta

Embora esta intervenção seja mais direta, ela é conectada à reação terapêutica. O terapeuta provoca uma 'execução sensorial' opondo e realizando isto com cuidado, principalmente através de contra-ritmos. Pode-se afirmar que, por causa desta intervenção provocativa, o terapeuta tenta criar uma abertura na falta de contato, no tocar que se apresenta compacto, fechado e ou rígido, controlando o medo de tocar. Mesmo que os pacientes não estejam preparados para permitir que alguma coisa apareça no processo, eles podem abandonar a 'execução sensorial' por um momento para, por exemplo, assumir o andamento ou a dinâmica do terapeuta. A provocação terapêutica não é uma técnica, mas um evento intuitivo na execução desejável do terapeuta, que sente quando ele deve permitir que esta intervenção ocorra. Desta forma, não há uma intervenção consciente, mas, pelo contrário, uma intervenção que acontece a partir da transferência. Quando isto acontece antes do tempo, o paciente não pode permitir uma abertura, aumentando sua resistência.

g. 'Digerir' após a sessão

Acolher e trabalhar a 'execução sensorial' do paciente às vezes é insuportável para o terapeuta. No entanto, ao contrário do paciente, o terapeuta tem a possibilidade de fazer tudo isto tolerável e digerível improvisando num estilo de 'sonho', depois da sessão. Através desta execução (mentalização) o terapeuta pode criar qualquer coisa, em uma forma musical, sobre o que o afetou durante a sessão. 'Digerindo', através das improvisações musicais, torna-se

possível para o musicoterapeuta voltar e se sentir fora do 'atoleiro' da execução sensorial. Ele pode, então, integrar este vazio ou compactação do afeto com uma imaginação interna (impressão) e deixar a esperança e o desejo existirem, no sentido de continuar o processo terapêutico.

h. Ausência do paciente (sonho)

O espaço vazio que se origina do atraso ou da ausência do paciente na sessão, tem um valor terapêutico. Ogden afirma

que a ausência física do paciente cria uma forma específica de efeito psicológico no analista (e na análise) e que o processo analítico continua apesar da ausência física do paciente. Desta forma, os sentidos específicos da presença do paciente são transformados em objetos analíticos na sua ausência, para serem completamente vivenciados ou vividos com, simbolizados, compreendidos, e fazendo parte do discurso analítico (OGDEN, 1997, p. 43).

O musicoterapeuta, entretanto, tem o potencial de formar uma imagem do paciente improvisando e refletindo sobre o mesmo e, por causa disto, o processo terapêutico pode continuar. Este nível de pensamento ocasionou uma experiência marcante e necessária para o terapeuta. Nas primeiras três sessões o terapeuta esperou pelo paciente que chegou tarde. O paciente continuamente queria exercer o controle sobre o tratamento musicoterápico por problemas de seu narcisismo e, chegando tarde, criava uma situação onde ele controlava o enquadre. Para o terapeuta, era terapeuticamente valioso improvisar no sentido de poder pensar sobre o paciente. A improvisação musical era uma execução puramente intuitiva, onde o terapeuta se deixava guiar pela música. Como resultado disto, o terapeuta podia estar em ressonância consigo mesmo e a 'imagem imaginária' do paciente e o processo terapêutico podiam continuar e ser mantidos. Este processo de 'dar forma', musical e mentalmente, refletia-se na escuta e na atitude do terapeuta durante o encontro seguinte com o paciente.

Outras reflexões sobre momentos de sincronicidade e forma musical

A maneira pela qual os momentos de sincronicidade e forma musical aparecem é a confirmação de que o sentido não pode ser descrito pela música em si mesma (BRUSCIA, 1987; BRUSCIA, in WIGRAM, 2004; DE BACKER e VAN CAMP, 2003). A música na improvisação expressa alguma coisa de nós mesmos, e isto é o oposto do que se pensa sobre a expressão através dela. A música não é a expressão de um tema, mas, sim, o sujeito se expressa pela música (VAN CAMP, 2001).

Pode-se ver o mesmo fenômeno na literatura. O escritor se permite ser surpreendido por uma 'feliz coincidência', ou oprimido por uma série de associações sincréticas não rastreáveis e, assim, nunca interpretáveis. Este processo (o motivo fértil) é organizado por um eu autônomo (EHRENZWEIG, 1977). Este é um processo de se render que se repete indefinidamente enquanto o trabalho se desenvolve; o leitor apenas vê o resultado final. O escritor também não é apenas influenciado por suas próprias associações, mas pelo que ele (em parte através de uma feliz coincidência) encontra "lá" em sua página (ou seja, descobrir a obra de arte como um objeto autônomo). Isto pode ser correlacionado com as experiências dos pacientes quando eles chegam a uma forma musical. O escritor é um espectador de sua própria obra. Nesse sentido Stokes (1965) escreveu que "O artista é no sentido mais pleno o espectador de seu próprio trabalho; não apenas da obra concluída, mas do trabalho em todas as etapas" (ibid., p. xxvii). Beethoven realmente não "inventou" as famosas primeiras notas de sua quinta sinfonia. Elas ocorreram de forma espontânea em sua mente. Este é também o caso com os achados musicais na forma musical anteriormente citada.

Aplicações clínicas

O processo terapêutico

Para musicoterapeutas clínicos que trabalham em psiquiatria esta pesquisa oferece um quadro teórico de pensamento através do qual é possível ter uma visão sobre o curso potencial do processo terapêutico com pacientes psicóticos. Esta percepção pode aumentar a confiança e segurança oferecidas pela interpretação das mudanças musicais ou psíquicas do paciente, tais como o fraseado, o desenvolvimento de silêncio, um início de estrutura e etc., e mais essencialmente, mostrar que o terapeuta deve estar continuamente alerta para essas possibilidades. Espera-se, através de uma postura de 'escuta curiosa', pelo momento oportuno (*kairos*) para que o terapeuta possa entrar em ressonância com o paciente. O paciente indicará quando estiver aberto a potenciais momentos de sincronicidade, cabendo ao terapeuta estar atento para perceber esses momentos, e acompanhar, por exemplo, colocando acentos musicais, tocando ritmos não-convencionais, ou introduzindo uma forma inicial. O processo de sincronismo envolve confiar no paciente para mostrar que ele está pronto para as mudanças nos padrões de engajamento. Como Ogden afirmou: "a simbolização geralmente acontece ao longo do tempo se houver paciência e se não for forçada. Forçar a simbolização é quase sempre facilmente reconhecível pela sua qualidade intelectualizada, estereotipada e

artificial" (OGDEN, 1997, p. 161). Por isso é tão importante que o conhecimento da compreensão e tratamento de estados psicóticos sejam claramente especificados.

Intervenções terapêuticas não são técnicas

Gostaria de deixar claro que estas intervenções não podem ser definidas como técnicas porque elas não são utilizadas conscientemente, mas, sim, tendem a ser intuitivas. Portanto, estas não são vistas como técnicas que devem ser utilizadas conscientemente para resolver um problema, mas sim com a percepção de que estes são atos incorporados em uma atitude terapêutica, e que se iniciam durante o processo terapêutico. Elas não devem ser ensinadas simplesmente como técnicas concretas, mas como habilidades que só podem ser desenvolvidas e apropriadas através da terapia pessoal do terapeuta, pela auto-experiência e na supervisão. Casement declarou que "Ninguém pode fazer alguém crescer. No entanto, um terapeuta tem que compreender os processos de crescimento, bem como a dinâmica através da qual eles podem ser barrados" (CASEMENT, 1989, p. 203). Um processo terapêutico não pode ser manipulador. A criação de um espaço psíquico não funciona através da entrada de técnicas. Não se pode manipular, conscientemente, o momento "certo" de ocorrer, como por exemplo, um momento de sincronicidade. Stern et al. afirmou que "se o terapeuta 'sabe' o que fazer, ele provavelmente perdeu o 'momento' ou está escondido atrás da técnica" (STERN et al. 1998, pp. 304-305).

Há uma espera constante do terapeuta, com uma atitude de expectativa, de curiosidade, deixando-se surpreender a cada vez que algo aparece, e tentando entender do quê se trata. Sempre existe uma tensão na relação entre saber e não-saber. A "visão binocular" de Bion (1975, pp. 63-64) é um conceito muito interessante porque enfatiza que o terapeuta pode aprender a seguir com um olho os aspectos que ele sabe que não sabe, enquanto ele concentra o outro olho no que ele pensa que sabe. Há uma tensão fértil entre este saber e não-saber.

Espero que esta contribuição sobre um quadro teórico de pensamento, que é aplicável na prática clínica, possa oferecer, aos pacientes autistas e psicóticos com possibilidades de desenvolvimento, um espaço psíquico e musical no qual o pensamento simbólico e experiências possam existir, e como tal, dar um fim às "tempestades inimagináveis" (JACKSON e WILLIAMS, 1994).

Referências

BION, W.R. A theory of thinking. **International Journal of Psychoanalysis** **43**, pp. 306-310. 1962.

_____. **Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis**. London: Maresfield Library, 1967.

_____. **Brazilian Lectures 2**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

BAUER, S. **Schizophrene Patienten und musikalische Verständigung. Ein Beitrag zur musiktherapeutischen Grundlagenforschung**. Unpublished Doctoral dissertation. Universität Ulm, 2000.

BRUSCIA, K. **Improvisational Models of Music Therapy**. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas - publisher, 1987.

CASEMENT, P. **Leren van de Patiënt. De Dynamiek in de Psychotherapeutische Relatie**. Antwerpen: De toorts, 1989.

De BACKER, J. en Van CAMP, J. Muziektherapie in de behandeling van psychotische patiënten. In: De Hert, M., Thys, E., Peuskens, J., Petry, D. en van Raay, B. (eds.) **Zin in Waanzin, de Wereld van Schizofrenie**. Berchem: EPO, 1996, pp. 179-193.

_____. Herhaling en muzikale vorm in de psychose. In: Smet J., Van Bouwel L., Vandenborre R. (Eds.), **Spoken en gesproken worden: psychoanalyse en psychosen**, Chapt. 8. Antwerpen Apeldoorn: Garant, 2003, 163-180.

De BACKER, J. and WIGRAM, T. Analysis of notated music examples selected from improvisations of psychotic patients. In: Wosch, Th. and Wigram, T. (ed.) **Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Implications for clinicians, Researchers, Educators and students**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007, pp. 120 -133.

De BACKER, J. A research report detailing the transition from sensorial play to musical form by psychotic patients. **Nordic Journal of Music Therapy**, 17 (2), 2008, 89-104.

_____. Sensorial Play. In: Kirkland K. (Eds.), **International dictionary of music therapy**. London and New York: Routledge, 2013, 118-119.

De BACKER, J., (Ed.), Sutton, J. **The music in music therapy: Psychodynamic music therapy in Europe: Clinical, theoretical and research approaches**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2014.

DÜHRSEN, S. **Handlung und Symbol: Ambulante Analytisch Orientierte Therapie mit Psychose-patienten**. Göttingen: Vandenhoeck & Rubprecht, 1999.

EHRENZWEIG, A. **The Hidden Order of Art.** Berkeley: University of California Press, 1977.

FREUD, S. (1916-17) **Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse.** Zit. nach Studienausgabe, Band I. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1989.

JACKSON, M. and Williams, P. **Unimaginable storms.** London: Karnac Books, 1994.

OGDEN, T.H. **Reverie and Interpretation. Sensing Something Human.** New Jersey: Jason Aronson Inc., 1997.

PEDERSEN, I.N. Music Therapy as Holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients. In: Wigram, T. & De Backer, J. (eds.) **Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry.** London: Jessica Kingsley Publishers, 1999, pp. 22-44.

REIK, T. **Listening with the Third Ear. The Inner Experience of a Psychoanalyst.** New York: Farrer, Straus and Giroux paperback edition, 1975.

STERN, D., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahm, J.P., Sander, L. and Tronick, E.Z. **The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for Adult psychotherapy.** *Infant Mental Health Journal* 19, 1998, pp. 300-3008.

STOKES, A. **The invitation in Art.** London: Tavistock, 1965.

The New Grove Dictionary of Music and Musicians. London: Macmillan Publishers, volume 6, 1980.

TUSTIN, F. **The Projective Shell in Children and Adults.** London: Karnac Books Ltd. Van Bouwel, L. (2003) Van een projectiescherm naar een mentale ruimte: residentiële psychotherapie met jonge psychotische patiënten. In: Smet, J., Van Bouwel, L. en Vandenborre, R. (red.) **Spreken en Gesproken Worden. Psychoanalyse en Psychosen.** Leuven: Garant, 1990, pp. 119-144.

VAN CAMP, J. Muziek en voorstelling. **Mededelingen/Communications. Tijdschrift van de Belgische School voor Psychoanalyse** 1, 2001, pp. 3-12.

WIGRAM, T. **Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students.** London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

WINNICOTT, D.W. **Playing and Reality.** Chatham, Kent: Mackays of Chatham PLC, 1971.